

Gobierno del Condado de Hamilton
Formulario de Reclamo por Discriminación Según el Título VI

El título VI de la Ley de Derechos Civiles del 1964 es la ley federal que protege a individuos contra la discriminación por motivo de su **raza, color** u **origen nacional** en programas y actividades que reciben asistencia económica federal.

Entre otros aspectos, cuando se está operando un programa asistido federalmente, un receptor no puede, por motivo de **raza, color** u **origen nacional**, ya sea directamente o por motivos contractuales:

- Denegar los servicios del programa, asistencias o beneficios;
- Proveer un servicio, ayuda o beneficio diferente, o proveerlos de una manera diferente de como se les provee a los demás;
- Segregar o tratar a individuos por separado de cualquier manera relacionada con el recibo de cualquier servicio, ayuda o beneficio; o
- Dejar de tomar las medidas necesarias para proveer a personas con un grado de competencia limitada en inglés (LEP, por sus siglas en inglés), a un acceso significativo a los programas y actividades.

La siguiente información es necesaria para procesar su reclamo por discriminación según el Título VI.

Importante: Una reclamación por escrito y firmada al Gobierno del Condado de Hamilton debe ser presentada no más tarde de treinta (30) días naturales después de que ocurriera la supuesta discriminación. Sin embargo, una reclamación puede ser presentada ante la agencia estatal o federal apropiada dentro de ciento ochenta (180) días de la supuesta discriminación o cuando la supuesta discriminación se dio a conocer al demandante.

A continuación, indique la base en la cual usted cree que la presunta acción discriminatoria tomó lugar:

Raza		Color		Origen nacional	
------	--	-------	--	-----------------	--

Fecha(s) de la presunta discriminación: _____

Información del reclamante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

Persona(s) discriminada(s), si es diferente a la mencionada anteriormente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____ Número de teléfono (trabajo): _____

Gobierno del Condado de Hamilton
Formulario de Reclamo por Discriminación Según el Título VI

¿Ha llevado su queja o reclamo a alguna otra agencia federal, estatal, agencia local o con alguna corte federal o estatal? Marque todas las opciones que apliquen.

Agencia federal		Corte federal	
Agencia estatal		Corte estatal	
Agencia local		Otra agencia	

Proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / corte donde su reclamación fue presentada.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

La reclamación no será aceptada sin haber sido firmada.

Por favor firme y escriba la fecha de este reclamo a continuación:

Firma

Fecha

Nombre impreso

Usted puede adjuntar cualquier documento escrito u otra información de apoyo que usted piensa que es relevante a su reclamación.

Documentos adjuntos: Sí _____ No _____

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a este formulario o acerca del proceso de resolución de su reclamación, por favor comuníquese directamente con el Departamento de Título VI.

Envíe este formulario y cualquier otra información adicional a:

Hamilton County Government
EEO Office / Title VI Department

Dirección: 317 Oak Street
Suite 220

Chattanooga, TN 37403

Número telefónico: (423) 209-6146

Número de fax: (423) 209-6145_

Sitio en la red: **TitleVI@HamiltonTN.Gov**

Dirección de correo electrónico: www.HamiltonTN.Gov/TitleVI